
Helsevesenet i de nordiske land – er likhetene større enn ulikhetene?

TEMA

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN

Email: isk@sam.sdu.dk

KJELD MØLLER PEDERSEN

INSTITUT FOR SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING – SUNDHEDSØKONOMI

Syddansk Universitet, Odense

Winsløwparken 19

DK-5000 Odense C

Hensikten med denne artikkelen å belyse likheter og ulikheter ved de nordiske lands helsetjenester. Gjennomgangen er gjort på grunnlag av trepartsmodellen, som bygger på at det er tre hovedaktører i helsevesenet: pasienter, tjenesteytere og finansieringskilder.

I alle de nordiske land er omkring 80 % av helsevesenet offentlig finansiert. På Island har staten det meste av driftsansvaret, mens fylkene står sentralt i Danmark, Norge og Sverige. I Finland er det kommunene eller grupper av kommuner som er driftsansvarlige.

Fastlønsordning er enerådende for primærlegene på Island, men brukes også i Finland, Norge og Sverige. Per capita-tilskudd (listesystem) i kombinasjon med stykkprisrefusjoner er enerådende i Danmark og mest vanlig i Finland, de øvrige nordiske primærleger har ulike stykkprissystemer. Mens alle de nordiske land hadde rammefinansiering av sykehusene i 1980-årene, har Finland, Norge og Sverige i 1990-årene prøvd andre modeller, først og fremst med basis i DRG-systemet.

Målt som andel av bruttonasjonalprodukt, som legedekning eller antall sykehussenger per innbygger har de nordiske land nokså lik ressurstilgang. Når ressurstilgangen måles i penger, ligger Danmark, Island og Norge foran Finland og Sverige. Til tross for likhet i ressurstilgang er forbruket av ulike typer helsetjenester til dels meget forskjellig. Forskjeller med en faktor på to eller mer finnes bl.a. for hofteoperasjoner, galleoperasjoner og forbruket av enkelte legemidler (bl.a. insulin og smertestillende og lipidsenkende midler). Danskene er mest fornøyd med sitt helsevesen, tett fulgt av finnene – svenskene er mer misfornøyd.

Alle de nordiske land har økt egenandelene på helsetjenester i 1990-årene. I Finland kan man kjøpe seg enerom i sykehus. Finland har også flest private sykehus og legesentre. Til tross for ulikheter er forskjellene små i et globalt perspektiv.

Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige har mange felles røtter, og alle landene har vært involvert i ulike politiske unioner med hverandre de siste 1 000 år. Med unntak av Island er landene forholdsvis like mht. folketall og administrativ inndeling (tab 1) (1). I 1970 forelå en traktat om et omfattende nordisk økonomisk samarbeid (Nordøk), men traktaten ble aldri vedtatt. I 1972 sa Danmark ja til EU (den gang EF), og i 1994 fulgte Finland og Sverige etter. Politisk er oppmerksomheten flyttet bort fra Norden og mot Europa. Mange har derfor spurt om det lenger finnes noe genuint nordisk. Hensikten med denne artikkelen er å belyse problemstillingen i et helsetjenesteperspektiv. Spørsmålet er med andre ord hvilke likheter og ulikheter som finnes mellom de nordiske lands helsevesener.

Tabell 1

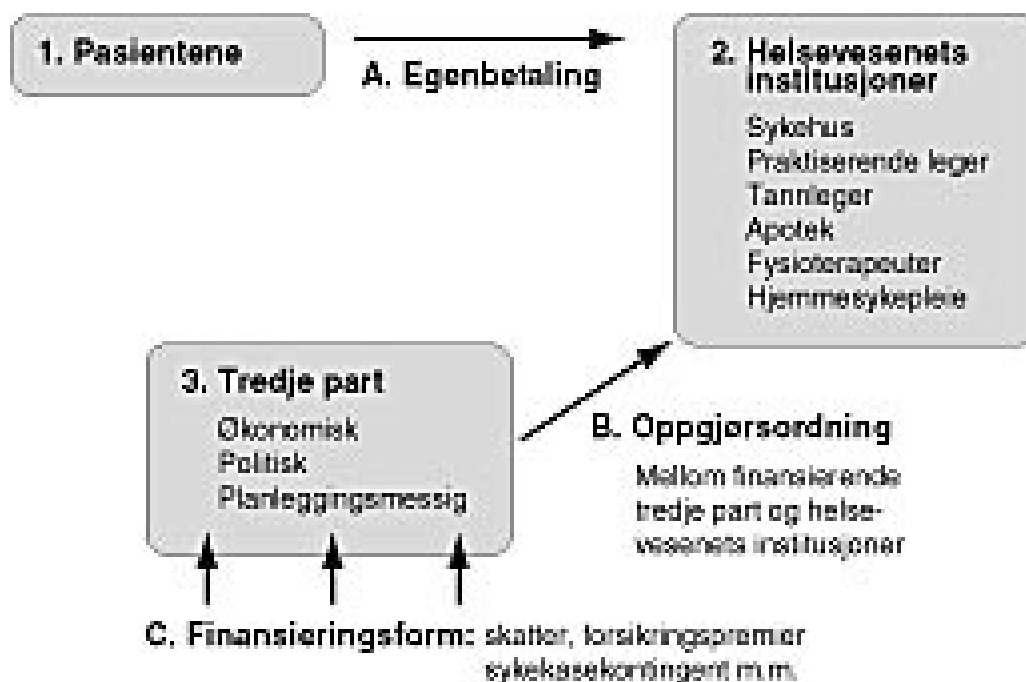
De nordiske lands organisering, folketall og økonomi

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Folketall 1998 (i millioner) (1)	5,33	5,15	0,27	4,45	8,89
Antall fylker (1)	14	12	(27 sysler) ¹	19	26
Antall kommuner (1)	275	460	170	435	286
Bruttonasjonalprodukt per innbygger 1996 (amerikanske dollar) (1)	32 100	23 240	26 580	34 510	25 710

¹ Et sysel er en geografisk enhet, ikke en politisk. Island har bare to forvaltningsnivåer (stat og kommune)

Metode

Som utgangspunkt for beskrivelse og analyse har vi valgt den såkalte trepartsmodellen (fig 1). Figuren viser ikke direkte det politiske aspekt (politiske organer), fordi dette som regel skjuler seg bak den finansierende tredje part. Eierskap og driftsform for sykehus eller legepraksiser fremgår heller ikke direkte av figuren.



Figur 1 Trepartsmodellen. Helsevesenets tre aktører og forholdet mellom dem

Ifølge trepartsmodellen har helsevesenet tre hovedaktører: pasienter, tjenesteytere og finansieringskildene (tredje part). Tjenesteyterne omfatter sykehus, praktiserende leger, tannleger, fysioterapeuter etc. Begrepet pasienter må tolkes bredt og omfatter alle potensielle brukere. Det er tre grunnleggende økonomiske mekanismer: egenbetaling, oppgjørsordningen mellom den finansierende tredje part og tjenesteyterne og den mer eller mindre kollektive finansiering. Et sentralt element i helsepolitikken er oppgjørsordningene for leger, sykehus mv. Ved hjelp av trepartsmodellen vil vi vise hvilke valg de fem nordiske land har gjort i helsepolitikken og drøfte konsekvensene av disse valgene. I forhold til den generelle modell i figur 1 er tredje part i Norden alltid en offentlig myndighet, og det kommersielle marked for sykeforsikring er beskjedent.

Den følgende presentasjon er basert på vårt kjennskap til landenes helsetjenester, på kontakt med ressurspersoner i hvert av de nordiske land og på søk i ulike datakilder. For at data så vidt mulige skal være standardisert, har vi som hovedregel valgt datakilder som presenterer de fleste eller alle nordiske land fremfor å søke i de enkelte lands kilder.

Resultater

Organisering

I Danmark er det de 14 amtene og Hovedstadens Sygehusselskab (H:S) som er krumtappen i helsevesenet (tab 2). Ansvaret for så vel sykehusenes drift som finansiering av sykehusene, allmennleger og spesialister ligger hos amtene. Det samme gjelder tilskuddsordningene for bl.a. legemidler, voksentannpleie, fysioterapi og kiropraktikk. Barnetannpleien, helsesøsterordningen, hjemmesykepleien og sykehjemmene er primærkommunenenes ansvar. Staten er i praksis ikke involvert i driften av helsevesenet. Sykehusene er offentlig eid, og det finnes bare 3 – 4 litt større privatsykehus og klinikker der pasientene betaler selv. De praktiserende legene eier og driver selv sin praksis, som kan selges bl.a. i forbindelse med generasjonsskifte. Denne grunnleggende organiseringen har fungert siden 1973. I perioden 1970 – 75 overdrog staten en rekke av sine oppgaver til amtene, bl.a. innenfor psykiatrien. Den siste statlige institusjon, Rigshospitalet, ble en del av det amtslige Hovedstadens Sygehusselskab i 1994.

Tabell 2

Hovedtrekk i organiseringen av helsevesenet i de nordiske land 1

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Allmennlegetjeneste	Amtskommune	Kommune	Stat	Kommune	Landsting
Tannhelsetjeneste	Amtskommune	Kommune		Fylkeskommune	Landsting
Somatiske sykehus	Amtskommune	Flere kommuner i fellesskap	Stat	Fylkeskommune	Landsting
Universitetsklinikker	Amtskommune	Flere kommuner i fellesskap	Stat	Fylkeskommune unntatt Rikshospitalet	Landsting
Spesialsykehus	Amtskommune	Stat	Stat og privat	Stat	Landsting
Psykiatriske sykehus	Amtskommune	Flere kommuner i fellesskap	Stat	Fylkeskommune	Landsting
Sykehjem og hjemmetjenester	Kommune	Kommune	Kommune og private	Kommune	Kommune

¹ De danske amtskommuner og de svenske landsting svarer til de norske fylkeskommuner

I Finland har kommunene lenge spilt en sterk rolle i helsetjenesten. Landet er inndelt i fem helseregioner og 21 sykehusdistrikter, der flere kommuner i samarbeid har ansvar for distriktets sykehus. Primærhelsetjenesten er knyttet til 268 helsesentre i Finlands 460 kommuner. De mindre kommunene samarbeider altså om driften. Helsesentrene er i prinsippet portvakter til annenlinjetjenesten. Kjøproblemer og dårlig tilgjengelighet førte til at kommunene fra 1989 gradvis har innført fastlegeordning, og i dag dekkes ca. 60 % av befolkningen av denne ordningen. Ved siden av dette offentlige systemet finnes det private legesentre i bymessige strøk, og 5 % av Finlands leger arbeider helt privat.

De korte avstandene på Island preger organiseringen, som er den mest sentraliserte i Norden. Både somatiske sykehus, psykiatriske tjenester og allmennlegetjenester er statens ansvar. Kommunene har ansvaret for hjemmesykepleie og sykehjem, men mange av disse (og enkelte andre helseinstitusjoner) er private. Staten dekker imidlertid det meste av driftsutgiftene.

Norge har, sammen med Finland, det mest desentraliserte systemet. Riktignok har Norge fortsatt statlige tjenesteytere, så som Rikshospitalet og Radiumhospitalet, men den spesialiserte helsetjeneste er ellers, med hjemmel i lov om sykehus av 1965, lagt til fylkeskommunene. Kommunene har ansvar for allmennlegetjenester, hjemmesykepleie, sykehjem og andre ikke-spesialiserte helsetjenester etter lov om helsetjeneste i kommunene av 1982. Bare tannhelsetjenesten, som er fylkeskommunal, utgjør et unntak.

I Sverige er helsetjenesten organisert med hjemmel i hälso- och sjukvårdslagen av 1982. Landet er inndelt i seks helseregioner. De 26 landstingene (tilsvarende fylkeskommunene) har ansvar for så vel somatiske sykehus og psykiatriske tjenester som primærhelsetjeneste. Etter 1989 har Sverige gjennomført ganske omfattende reformer, og kommunene har fått ansvar for sykehjem og hjemmesykepleie (Ådel-reformen), men fortsatt er landstinget den dominerende aktør på helsesektoren.

Finansiering og oppgjørsordninger

To hovedspørsmål er sentrale når det gjelder finansiering (tab 3). For det første: Hvordan skaffes de økonomiske midler til veie? For det andre: Hvordan honoreres tjenesteyteren av den offentlige eller private finansieringskilde?

Tabell 3

Hovedtrekk i finansiering og oppgjørsordning for primærhelsetjeneste og sykehus

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Finansiering					
Primærhelsetjenesten	Kommunale skatter og statlige tilskudd	Egenandeler, kommunale skatter og statlige tilskudd	Egenandeler og statlig finansiering	Egenandeler, kommuneskatt og statlige tilskudd	Egenandeler, landstingsskatt og statlige tilskudd
Somatiske og psykiatriske sykehus	Amtlige skatter og statlige tilskudd	Egenandeler, kommunale skatter og statlige tilskudd	Statlig finansiering	Fylkeskommunal skatt og overføringer fra staten	Egenandeler, landstingsskatt og statlige tilskudd
Opgjøringsordning					
Primærleger	Per capita-tilskudd og stykkprishonorar	De fleste leger har per capita-tilskudd og stykkprisrefusjoner. Noen leger er på fast lønn	Lønn på dagtid, stykkpris for legevakt	Lønn eller kombinasjon av stykkpris og driftstilskudd	Lønn på vårdcentral, stykkpris for private leger
Somatiske sykehus	Rammefinansiering, tildels i kombinasjon med kontrakter	Variasjon etter sykehusdistrikt Rammefinansiering eller DRG-finansiering er mest vanlig	Rammefinansiering	DRG (50 %) i kombinasjon med rammer	Variierer etter fylke

Samfunnet kan velge mellom offentlig finansiering, ved å kreve inn skatter og avgifter, eller privat finansiering. Ved den private løsningen betaler pasientene en forsikringspremie eller egenandeler på det tidspunkt de bruker tjenester.

Alle de nordiske land finansierer størstedelen av helsevesenet gjennom skatter og avgifter, men det er noe variasjon mht. hvilke typer skatter som anvendes. I Danmark finansierer amtene omkring 80 % av de offentlige helsetjenesteutgifter via proporsjonale inntektsskatter (dvs. at skattene øker proporsjonalt med inntekten) og eiendomsskatter. De resterende 20 % kommer fra staten i form av blokktilskudd utmålt etter objektive kriterier som f.eks. antall innbyggere. Pasientene betaler som hovedregel ikke egenandel – verken hos leger, ved poliklinikker eller ved innleggelse i sykehus (tab 4). Derimot er egenandelene på medisiner høyere enn i Norge, og færre legemidler omfattes av den alminnelige refusjonsordningen. I Danmark innførte man f.eks. ikke alminnelig refusjon for statiner før i desember 1998. Det er likeledes en relativ høy egenbetaling for voksentannpleie. Egenbetalingen utgjør nesten 20 % av de samlede danske utgifter til helsetjenester – og har vært stigende i det siste tiår, bl.a. fordi egenbetalingen for legemidler gradvis er steget.

Tabell 4

Betalingssetser og hovedtrekk i egenandelsordningen i de nordiske land

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Valuta	DKK	FIM	NOK	NOK	SEK
Primærlege					

Kontorkonsultasjon dagtid	Ingen	50 (maks 3 ganger per år)	64 (maks. 1 090 per år)	110	60 – 140 etter landsting (maks 900 per år)
Sykebesøk kveld/natt	Ingen	Sykebesøk utføres sjelden	145	215	Sykebesøk utføres sjelden
Tjenester for gravide, skoleelever mv.	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen	Ingen
Sykehus					
Poliklinikk	Ingen	120 per gang	127	168	100 – 260 etter landsting
Dagkirurgi	Ingen	400		168 + forbruks-	materiell
Innleggelse	Ingen	150 grunnavgift per opphold + 135/døgn, maks 3 500 per år Tillegg enkeltrom 450 per døgn, dobbeltrom 300 per døgn	Ingen	Ingen	200 – 300 per opphold, varierer etter landsting
Legemidler					
Legemidler	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 500: 100 % • 501 – 1 200: 50 % • 1 201 – 2 800: 25 % • 2 801+: 15 % 	Separat tak for medisiner, 3 200 per år	Pasienten betaler 100 % inntil 120, 80 % til 345 og ingenting over. Intet tak, men staten kan refundere deler av egenandelene avhengig av inntekt	36 % av kostnad, maks 340 per resept, maks 1 380 per år (felles tak med andre egenandeler)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 900: 0 %, • 901 – 1 700: 50 % • 1 701 – 3 300: 25 % • 3 301 – 4 300: 10 %, • 4 301+: 0 % • Maksimalt egenandel 1 800 per år

I Finland finansieres helsetjenesten dels ved kommuneskatt og dels ved statlige tilskudd, og de fleste tjenester var gratis for brukerne inntil 1993. Da ble den offentlige økonomien så sterkt presset av den høye arbeidsløsheten at kommunene fikk frihet til å delfinansiere sitt helsetjenestetilbud med egenandeler både i primærhelsetjenesten og på sykehus. Staten satte en øvre grense for hvor store egenandelene kunne være, og i praksis er de nokså like over hele Finland (tab 4). I 1996 var 76 % av finske helsetjenester offentlig finansiert (tab 5) (1 – 3).

Tabell 5

Ressurstilgang til helsevesenet i de nordiske land

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Antall yrkesaktive leger per 1 000 innbyggere (2)	<ul style="list-style-type: none"> • 1960: 1,2 • 1996: 2,9 	<ul style="list-style-type: none"> • 0,6 • 2,8 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2 • 3,1 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2 • 2,8 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,0 • 3,1
Somatiske akuttsenger i 1996 per 1 000 innbyggere (1, 2)	3,6	3,7	3,7	3,2	2,8
Helsetjenestens totale utgifter (% av av BNP og dollar per capita (2))	<ul style="list-style-type: none"> • 1960: 3,6 % • 1997: 8,0 % • 1996: \$ 1 802 	<ul style="list-style-type: none"> • 4,2 % • 7,4 % • \$ 1 380 	<ul style="list-style-type: none"> • 5,9 % • 7,9 % • \$ 1 893 	<ul style="list-style-type: none"> • 3,3 % • 7,5 % • \$ 1 928 	<ul style="list-style-type: none"> • 4,7 % • 8,6 % • \$ 1 675
Offentlige utgifter som andel av totale helsetjenesteutgifter i 1996 (3)	80,7 %	76,0 %	83,5 %	77,4 %	82,0 %

Offentlige helsetjenesteutgifter som andel av totale offentlige utgifter 1996 (2)	9,3 %	9,9 %	17,5 %	14,3 %	9,9 %
---	-------	-------	--------	--------	-------

På Island er statsskatter viktigste inntektskilde, fordi de fleste tjenester er statlige. Egenandelene er generelt noe lavere enn i Norge, og de er spesielt lave for barn og pensjonister. Man har et tak på 1 090 norske kroner i årlige egenandeler (272 norske kroner for barn og pensjonister), men det er hull i taket, og pasientene betaler ca. 50 % av takstene også etter at de har nådd taket.

I Norge utgjorde den offentlige finansieringen 78 % av de totale helsetjenesteutgifter i 1996 (tab 5). Kommuner og fylkeskommuner har begrenset rett til å kreve inn skatter, og ca. 60 % fylkeskommunenes inntekter er statlige overføringer etter "objektive" kriterier, så som antall innbyggere og alderssammensetning eller øremerkede tilskudd (f.eks. innsatsstyrt sykehusfinansiering).

I Sverige henter landstingene ca. 60 % av sine inntekter fra proporsjonale inntektsskatter (4), det øvrige kommer fra statlige overføringer og egenandeler. Det er egenbetaling både ved konsultasjon hos primærlege og ved innleggelse i sykehus. Pasientene betaler opp til et tak, og det er separate tak for legemidler og andre tjenester. Pasientene betaler maksimalt 1 800 kroner for legemidler.

Oppgjørsordninger

I Finland brukes fortsatt rammefinansiering i de fleste sykehusdistrikter, men man ser en økende overgang til aktivitetsbasert finansiering. Tidligere var denne stykkprisbasert, med oppgjør etter enkelttjenester så som laboratorieprøver, operasjoner, røntgenundersøkelse etc. De siste årene har sykehusdistrikter med aktivitetsbasert oppgjørsordning gått over til 100 % DRG-finansiering.

I Norge innførte man en kombinasjon av ramme- og DRG-finansiering i 1997. Andelen DRG-finansiering var initialt 30 %, men har økt gradvis til 50 %. Evaluering av reformen tyder på at overgang til DRG-finansiering har gitt en moderat økning i sykehusenes effektivitet (6), og kjøproblemer har vært mindre fremtredende. Om dette skyldes at ventetiden faktisk er blitt kortere eller bare mindre mediefokusert, kan sikkert diskuteres.

Svenske landsting fikk frihet til selv å velge oppgjørssystem i 1989 (7). Noe senere fikk pasientene rett til fritt sykehusvalg, og mange landsting innførte ulike ordninger der "pengene følger pasienten". Minst like viktig var det nok at flere landsting innførte "purchaser-provider split" (8) slik at sykehusene (som "providers") fikk større frihet i forhold til fylkeskommunen (som "purchaser"). Sentralt stod forsøkene på å skape konkurranse mellom sykehusene og politisk vilje til å endre sykehusstrukturen. I Dalarna (Dalarna-modellen) skulle primærlegene kjøpe tjenester for sine pasienter. I Stockholm (Stockholmsmodellen) ble kjøperrollen tillagt folkevalgte råd, og betalingen til sykehusene skjedde på basis av DRG-systemet (5). I hvilken grad reformene har resultert i større effektivitet og bedre service, later til å være uklart (7).

Tilsynelatende var de svenske reformene vellykkede. Køene for elektiv kirurgi var nærmest borte i 1992 (7). Mens utgiftene til helsetjenester i Sverige hadde økt gjennom hele etterkrigstiden og var de høyeste i Norden, opplevde svenskene stagnasjon i 1990-årene. Det er imidlertid uklart om dette var en konsekvens av reformer eller simpelthen av et tøffere økonomisk klima. Da sosialdemokratene vant riksdagsvalget i 1994, reverserte de i alle fall viktige deler av reformene. Mens slagordet tidlig i 1990-årene hadde vært konkurranse mellom sykehus, ble det i stedet samarbeid. I Stockholm følte man seg tvunget til å gå bort fra DRG-finansieringen fordi de totale sykehusutgifter ble for store, mens man i Dalarna mislikte de høye administrative kostnadene ved markedsreformer (9, 10). Trolig fikk politikerne også kalde føtter fordi markedsstyringen gav mindre rom for politisk styring (7).

Primærhelsetjenesten. De nordiske land har tradisjonelt hatt nokså forskjellig organisering og finansiering av primærhelsetjenesten (tab 4). Danmark er trolig det land der primærlegetjenesten står sterkest og hvor legene utøver den mest reelle portvaktfunksjon i forhold til annenlinjetjenesten. Her har legene listesystem, og omtrent halvparten av deres inntekter stammer fra per capita-tilskudd, det øvrige kommer som stykkprishonorar for kirurgiske inngrep, hjemmebesøk etc. (11). I sin grunnstruktur gir dette system optimale incitament.

I Finland var offentlig ansatte allmennleger på fast lønn med stykkpristillegg tidligere enerådende. Fra 1989 har kommunene gått gradvis over til et fastlegesystem der legene får vel halvparten av sin inntekt gjennom per capita-tilskudd. I 1999 bodde ca. 60 % av befolkningen i kommuner med fastlegeordning. Ved siden av per capita-tilskudd betaler kommunen stykkprishonorarer bl.a. for konsultasjoner, kirurgiske inngrep og legeattester.

På Island er det et fastlønnssystem for allmennlegene, men legevakt er stykkprisbetalt. Mange sykehusleger driver privat praksis på fritiden, finansiert med egenandeler og statlige stykkprisrefusjoner.

Når man tar i betraktning den planlagte fastlegereformen, er Norge trolig det land der man har eksperimentert mest med sin primærlegetjeneste de siste 20 år. Mens distriktslegevesenet og de privatpraktiserende leger var bærebjelken frem til 1984, fikk kommunelegene en sentral rolle etter innføringen av lov om helsetjenesten i kommunene. Entusiasmen for denne ordningen avtok imidlertid ganske raskt (12), og stadig flere primærleger har gått over til privat praksis med driftstilskudd.

I Sverige innførte man en ambisiøs huslækar-ordning i begynnelsen av 1990-årene, basert på ideen om at alle innbyggere skulle være tilknyttet en primærlege ved en vårdcentral eller i privat praksis. Privatpraktiserende leger og fysioterapeuter fikk rett til stykkprisrefusjoner fra landstinget. Etter riksdagsvalget i 1994 reverserte sosialdemokratene den nasjonale plan om et huslækar-system. Landstingene kunne velge å beholde ordningen, men i praksis valgte de fleste å gå tilbake til den tidligere ordning med offentlig ansatte leger i vårdcentraler. Dette betyr ikke at de svenske reformene ikke har satt spor etter seg. Pasientene har fått større rett til å velge tjenesteyter, og sykehusene har fått større autonomi.

Sykehus. I takt med at ideer fra markedsøkonomien har vunnet innpass i helsesektoren, har beslutningstakere i økende grad vurdert om den måte sykehus, leger, fysioterapeuter mv. får sine økonomiske oppgjør på, er hensiktsmessig. Sykehus og leger har vært mest i søkelyset i så henseende. Mens kurpengefinansiering (betaling per pasientdøgn i sykehus) var fremherskende i 1970-årene, førte ønsket om bedre utgiftskontroll i sykehusene til at alle de fem nordiske land innførte rammefinansiering i løpet av 1980-årene. Det betydde at sykehusene fikk en bestemt økonomisk ramme innenfor hvilken de måtte løse de oppgaver de var satt til. I 1990-årene skilte de nordiske land lag. Danmark og Island beholdt rammefinansieringen for sykehusene, mens Finland, Norge og Sverige gikk inn i en reformperiode. Imidlertid er det også Danmark gjort endringer. I midten av 1990-årene ble rammebudsjettene erstattet av såkalte kontrakter i flere amt. Kontrakten er en formell avtale mellom det enkelte sykehus og amtspolitikkerne om produksjon, kvalitet og utvikling av sykehuset. Kontrakten omfatter et tilmålt budsjett, og det er innebygd regler for hvordan budsjettet endres dersom produksjonen blir større eller mindre enn avtalt. For gjestepasienter i sykehusene ble det innført DRG-basert oppgjør i januar 2000. DRG (diagnoserelaterte grupper) er et klassifikasjonssystem for pasienter i somatiske sykehus (5). Pasientene inndeles i ca. 475 grupper etter medisinske kriterier, og innenfor hver gruppe skal behandlingskostnadene være forholdsvis like. Pasienter har rett til fritt å velge sykehus på tvers av amtsgrensene, og gjestepasienter betales for med DRG-takster. Dette omf

atter for tiden ca. 5 % av samtlige innleggelses på basisnivå. Fra inneværende år har amtene også fått plikt til å eksperimentere med forskjellige former for 10 % aktivitetsbasert oppgjør, f.eks. 10 % DRG-basert oppgjør og 90 % rammebudsjett. Foreløpig er omfanget av eksperimenteringen meget begrenset.

Ressurser og ressursbruk

Helsevesenets ressurstilgang kan måles i kroner eller fysiske ressurser, så som personellårsverk eller sykehussenger (tab 5). Når man måler i penger, blir internasjonale sammenlikninger vanskelige fordi valutakursene ikke nødvendigvis reflekterer prisnivået på helsevesenets innsatsfaktorer. Dersom lønnsnivået i helsesektoren er høyt, behøver ikke store utgifter til helsetjenester nødvendigvis bety et omfattende tilbud til pasientene. Målt i amerikanske dollar ligger Finland lavest, mens Norge ligger på topp, 40 % høyere enn Finland (tab 5). Når det måles som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP), er forskjellene små. Sverige ligger på topp, med 8,6 %, Finland ligger lavest, på 7,4 %. I 1960 lå Island og Sverige på topp, med henholdsvis 5,9 % og 4,7 %, mens Norge lå på jumboplass, med 3,3 %. Norge har altså, takket være oljeinntekter, hatt den sterkeste veksten. Begrepet "nedskjæringer på helsesektoren" bør derfor brukes med forsiktighet. Det eneste land som i 1990-årene muligvis har hatt en reell nedgang i helsetjenesteutgifter ett enkelt år, er Sverige.

Mens legedekningen var ganske ulik i de nordiske land i 1960 (tab 5), er den nå ganske lik. Det er derfor interessant at Norge og Sverige og i noen grad Danmark for tiden opplever legemangel, mens man i Finland, med omtrent samme legedekning, anser at man har nok leger. Også når det gjelder sykehussenger, er deknningen ganske lik (tab 5).

Forbruk av helsetjenester

Ulikhetene i organisering og finansiering gjenspeiles i forbruket. Mens det alders- og kjønnsjusterte forbruk av primærlegekonsultasjoner var 2 845 per 10 000 innbyggere i løpet av en fireukersperiode i Danmark, var det bare 782 i Sverige (tab 6) (3). Sykehusforbruket er derimot mer likt i de fem landene. Andelen av befolkningen som blir innlagt i sykehus i løpet av et år varierer fra 11,7 % til 13,9 %, liggetiden varierer fra 5,2 til 6,4 dager (3). Pasientene får likevel ikke samme behandling etter at de er innlagt. Det er en faktor på mer enn to i operasjonsfrekvens i de nordiske land mht. totalprotese i hoftedeppet og galleblærefjerning. Størst oppmerksomhet har kanskje ulikhetene i bruken av aortokoronar bypassoperasjon fått. Her har Danmark tradisjonelt ligget lavt både i nordisk og internasjonal sammenheng (13).

Tabell 6

Forbruk av helsetjenester og legemidler i de nordiske land

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Allmennlegekonsultasjoner per 10 000 per 4 uker (3)	2 845	1 941	2 301	1 643	782
Bruk av sykehus per 1 000 innbyggere 1996 (3)	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter: • 139 • Utskrivninger: • 189 	<ul style="list-style-type: none"> • 125 • 210 	-178	117148	123164
Legemiddelbruk i DDD ¹ per 1 000 innbyggere per dag 1996 (3)					
Analgetika	67	18	32	24	44
Anxiolytika	26	29	23	18	17
Insulin	8	20	7	8	17
Serum-lipidsenkende midler	4,4	8,5	9,1	18,4	12,6
¹ DDD = definerte døgndoser					

Mest påfallende er likevel ulikhetene i legemiddelforbruk (tab 6). Mens forbruket av smertestillende midler (analgetika) målt som antall definerte døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per dag er 18 i Finland, er den 67 i Danmark (3). Til gjengjeld ligger finnene på topp mht. anxiolytika (29 i Finland mot 17 i Sverige). Slike forskjeller kan kanskje forklares med at finske leger forskriver ikke-steroide antiinflammatoriske midler i stedet for analgetika eller nevroleptika i stedet for anxiolytika. Mer problematisk er det å forklare at man i Finland og Sverige bruker 2 – 3 ganger mer insulin enn i Danmark, Island og Norge. Enda større er forskjellene mht. lipidsenkende legemidler. Her var forbruket mer enn fire ganger så høyt i Norge som i Danmark. Tatt i betraktning at dette er legemidler som skal forebygge hjerte- og karsykdom, kan lite av forskjellene forklares med ”medisinske behov” eller ulikheter i sykkelighet (14). Trolig ligger forklaringen heller i ulike refusjonsregler for legemidler, markedsføring av statiner eller befolkningsstudier og risikofokusering. En annen forklaring kan være at den såkalte 4S-studien (15), som viste klar effekt av å redusere kolesterolnivået med statiner, ble ledet av norske forskere.

Brukertilfredshet

Når etterspørselen etter helsetjenester ikke reguleres av prismekanismer (markedsbaserte egenandeler), vil det uvegerlig opptre køer. I alle de nordiske land har køer fått medlemssig og politisk oppmerksomhet. Ikke desto mindre er folks vurdering av helsetjenestene ganske ulik i de nordiske land. Danmark, Finland og Sverige har vært med i internasjonale sammenlikninger av befolkningens tilfredshet med helsejenesten (16), mens vi vet mindre om Island og Norge. I undersøkelsene oppgir 90 % av danskene, til tross for betydelige ventetid for elektive operasjoner, at de er meget tilfredse, mens tallene er 86 % i Finland og bare 67 % i Sverige. Andelen som mener at fundamentale forandringer er påkrevd, er henholdsvis 6 %, 8 % og 21 %. Selv om man i Sverige gjennomførte omfattende reformer i 1990-årene, er fortsatt svenskene utilfredse, mens danskene, derimot, som stort sett har beholdt sitt system uforandret, er meget tilfredse. Finnene, som også har vært utsatt for reformer, er derimot ganske tilfredse. Hvorvidt disse forskjellene i tilfredshet reflekterer faktiske ulikheter i tilbud eller snarere ulikheter i forventninger eller holdninger, forblir ukjent. Andre typer internasjonale tilfredshetsundersøkelser tyder på at danskene, til tross for klager på høyt skattetrykk, i alminnelighet er tilfredse med offentlig sektor. Ulikhetene i tilfredshet er utvilsomt en utfordring både for helsepolitikere og helsetjenesteforskere.

Privatisering

Privatisering er ikke noe entydig begrep, men det har tre tydelige aspekter: eiendomsrett, finansiering og regulering. Privatisering kan derfor defineres som overgang til mer privat eiendomsrett til produksjonsmidlene (utstyr og bygninger), mer privat finansiering (egenandeler eller privat forsikring) og mindre offentlig regulering. I alle industrialiserte land utgjør offentlig finansiering en betydelig del av helsetjenestens inntekter. Endog i USA kommer nesten halvparten av inntektene fra offentlige kilder. I de nordiske land utgjør den offentlige finansiering i størrelsesorden 80 % (tab 5). Når både Finland og Sverige har innført egenandeler hos primærlege og ved sykehusinnleggelse (tab 4),

representerer dette en moderat grad av privatisering, selv om eiendomsrett og styring fortsatt er offentlig. Økte egenandeler ser ut til å være en tendens i alle de nordiske land. Foreløpig har Danmark, Island og Norge unnlatt å bruke egenandeler ved sykehusinnleggelses, men bare Danmark lar pasientene slippe gratis til hos primærlege. Finland utgjør et særtilfelle ved at pasientene kan "betale seg til bedre service" i sykehus (enerom eller dobbeltrom fremfor flermannsrom).

I alle de nordiske land finnes tjenesteytere som driver uten offentlige avtaler og med liten eller ingen offentlig finansiering. I Finland har man i mange år hatt private legesentre der pasientene betaler hele behandlingen selv gjennom forsikring eller egenandeler. Denne virksomheten har imidlertid økt i omfang. I dag identifiserer man på Internett et femtittalls private legesentre i de ti største byene i Finland. I Norge har vi sett en fremvekst av "avtaleløse" leger som driver praksis med eller uten refusjon fra folketrygden.

Størst oppmerksomhet har nok de private sykehus og klinikker fått. I Danmark er det tre private sykehus og i tillegg noen klinikker der pasientene betaler fullt ut, med mindre de har privat forsikring. Det største privathospital har ikke mer enn 50 senger, og området synes ikke å være i vekst, bl.a. fordi de private sykehus har problemer med å få overskudd på driften. Omkring halvannen million dansker er i dag dekket av en eller annen form for sykeforsikring, de fleste gjennom non-profit-forsikringen danmark. Dette selskapet er en videreføring av deler av "sykekassebevegelsen", som opphørte i Danmark i 1973. Sykeforsikringen danmark dekker først og fremst egenandeler for legemidler og for offentlige tjenesteytere.

I Finland finnes det i de fem største byene til sammen 11 private sykehus og klinikker. I tillegg er en del av de private legesentrene meget velutstyrte og nesten for klinikker å regne.

I Norge er det 2 – 3 private klinikker som tar pasienter til innleggelse, i tillegg flere klinikker som mottar pasienter ambulant i de største byene. Selv om alle disse i prinsippet er helt privatfinansiert, selger flere av klinikkene ulike typer operasjoner for anselige beløp til fylkeskommunene. I Sverige solgte Stockholms landsting det mellomstore sykehuset S:t Göran med ca. 500 senger til selskapet Bure, som skal drive det med landstinget som kjøper av tjenester. Dette har fått den sosialdemokratiske regjeringen til å fremsette et lovforslag om forbud mot privateide sykehus. I Skåne har man satt ut driften av sykehuset i Simrishamn på anbud, og ventelig vil et privat firma overta driften.

Diskusjon

Denne gjennomgangen har demonstrert et vell av likheter så vel som ulikheter. Resultatene må imidlertid vurderes med betydelig grad av varsomhet. Det er ikke lett å skaffe standardiserte data om landenes helsevesen. I noen tilfeller er det diskrepans mellom ulike kilder, og noen data er simpelthen lite plausible. Det gjelder sågar informasjon fra OECD, som ventelig bestreber seg på å validere og standardisere sine data. Et annet problem er at ordninger stadig endrer seg, informasjon blir raskt foreldet.

Trass i usikker informasjon synes det å være en del tydelige likhetstrekk mellom de nordiske land: En egalitær ideologi som tilsier at alle skal ha samme adgang til helsetjenester, lave egenandeler og høy grad av skattefinansiering for å realisere ideologien, offentlig drift av sykehus, relativt lik ressurstilgang og høy legetetthet, gjennomgående desentralisert ansvar for helsetjenesten og tilgjengelighetsproblemer med køer til følge.

Ulikhetene i helsevesenet er imidlertid også påfallende. Mens primærhelsetjenesten utgjør en solid grunnvoll i Danmark, står den svakt i Sverige. Det er kanskje ikke tilfeldig at reformiveren har vært særlig lav, henholdsvis høy, i de samme to land. I Danmark var realveksten i busjettene 0,5 % per år for somatiske sykehus i 1990-årene (17), mens norske sykehus hadde en årlig realvekst på 3,4 % i perioden 1990 – 97 (18), sannsynligvis enda sterkere etter 1997. Helsetjenesteforbruket er ganske ulikt, selv om ressurstilgangen er nokså ens. Til tross for lik legetetthet er opplevelsen av "legemangel" ganske forskjellig, med Norge som det ekstremt legemanglende land.

Det er liten tvil om at man i Finland har større kommersielle innslag i helsetjenesten enn i de andre nordiske land. Sett i sammenheng med økende bruk av egenandeler innenfor det offentlige system og mulighet for å kjøpe seg bedre service i offentlige sykehus, fremstår Finland som det minst egalitære av landene. Selv om noe av privatiseringen utvilsomt skyldes Finlands dårlige offentlige økonomi i 1990-årene, kan nok landets historie med klassemotsetninger og borgerkrig også forklare nåtidens helsepolitikk. Tilhengere av markedsliberalisme vil kanskje hevde at det ikke er tilfeldig at Nordens største og verdens 8. største aksjeselskap (Nokia) ligger i Finland. Danmark fremstår derimot som det mest egalitære landet. Egenandeler brukes stort sett ikke på noen lege- eller sykehustjenester. Man har derimot en restriktiv legemiddelpolitikk, med relativt høye egenandeler, slik at den offentlige finansiering totalt sett ikke er høyere i Danmark enn de øvrige nordiske land (tab 5). Trolig er danskene de nordboere som er mest fornøyd med helsevesenet.

Hvorvidt likhetene mellom de nordiske land er mer påfallende enn ulikhetene, kan vanskelig vurderes uten å se de nordiske systemer i forhold til systemene i andre industrialiserte land. Dette ligger utenfor rammen av denne korte gjennomgang, men det må være rett å si at Norden atskiller seg fra de fleste andre industrialiserte land ved høyere grad av offentlig finansiering og større grad av offentlig drift. I et globalt perspektiv er det liten tvil om at det er likhetene som dominerer i Norden. Det skulle da også bare mangle – vi har som regel hentet våre ideer til reformer hos våre nærmeste naboer.

Et likhetstrekk mellom landene er at alle har hevdet å ha verdens beste helsevesen. Formodentlig uttrykker ”verdens beste” den samme sjåvinisme som får landene til å plante sine nasjonalflagg på svinesteken for å markere at også den er verdens beste. Det burde være et tankekors at vi er nokså alene i vår oppfatning av hvem som har verdens beste helsevesen. Når de tidligere østblokkland nå moderniserer sine systemer, står USA og de markedsliberale ideer som mønster i større grad enn våre planøkonomiske modeller. Kanskje har en dansk avis rett når den hevder at ”de nordiske sundhedsvæsner er de mindst ringe”. På den annen side kan neppe ett system være det beste for alle land. Den nordiske velferdsmodell er basert på universalitet, ikke selektivitet, som f.eks. i USA. Der har man offentlig finansierte ordninger for de meget fattige og de gamle, men ikke for den brede befolkning.

Det er vanskelig å tro at systemlikhetene i Norden er tilfeldige. De egalitære trekk finner vi igjen i andre samfunnssektorer, og det kan vanskelig være annet enn et nordisk særtrekk. Hva så med ulikhetene – er de bare tilfeldige? En skotsk helseøkonom med godt kjennskap til Norden sa en gang at det var mer enn en tilfeldighet at Sverige hadde flest tvangsinnlagte i psykiatriske sykehus og at Danmark hadde færrest. Når privatisering av helsetjenesten er lite fremtredende i Danmark, er det rimelig å se dette i sammenheng med det danske samfunns sterke egalitære trekk. Men en del ulikheter i helsepolitiske valg er sikkert betinget av tilfeldigheter. DRG-finansieringen av norske sykehus kan være ett eksempel. Etter at Arbeiderpartiet hadde gått klart imot en slik oppgjørsordning, kunne en geskjeftig og politisk kyndig helseminister omvende sin egen stortingsgruppe – han kalte bare systemet for innsatsstyrt finansiering.

Ethvert helsevesen må forstås i historisk lys. Den norske Sundhedsloven av 1860 vitner om et kollektivt ansvar for folks helse. Den danske sykekasselov av 1892 talte om fri adgang til allmennlege for sykekassenes medlemmer. Helsevesenet er således uløselig knyttet til oppbyggingen av de nordiske velferdsstater, en hjørnestein. På den annen side må utviklingen i organisasjons- og finansieringsmodeller for helsevesenet samtidig forstås som en funksjon av tidsånden i 1980- og 1990-årene. Dette har vært markedsøkonomiens tidsalder, som kulminerte med sammenbruddet i Østeuropa. De tradisjonelle velferdsstater kom samtidig under press både av svake offentlige finanser og av markedstenkningen. Derfor har helsevesenet i alle de nordiske land sett eksperimenter basert på markedsløsninger, men i realiteten bare i begrenset omfang.

Vi lever i en tidsalder der valgfrihet og individualisme er viktige verdier. Trolig betyr det at ulikhetene vil øke, både innenfor det enkelte land og mellom landene. De helsepolitiske reformer må likevel filtreres gjennom en ideologi som er grunnleggende egalitær i alle de nordiske land. Vi gjør nok klokt i å regne med det nordiske i helsepolitikken også i fremtiden.

Vi takker Lars Andersson, Chris Bingefors, Palle Mark Christensen, Manus Johannesson, Leena Kiviluoto, Jon Magnussen, Kristjan Oddson, Harri Sintonen og Tuija Wigren for informasjon om helsetjenesten i de ulike nordiske land.

LITTERATUR

1. Fokus 2000. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2000.
2. OECD Health Data 2000. Paris: OECD, 2000. www.oecd.org/els/health
3. Health Statistics in the Nordic Countries. København: Nordic Medico Statistical Committee – NOMESCO, 1998.
4. Alban A, Christiansen T. The Nordic lights – new initiatives in health care systems. Odense: Odense University Press, 1995.
5. Prislister DRG 1999 med kodeveiledning. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
6. Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. ISF og sykehusenes effektivitet. Erfaringer 1997 og 1998. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000. www.sv.uio.no/hero
7. Harrison MI, Calltorp J. The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. Health Policy 2000; 50: 219 – 40.

8. Enthoven AC. What can Europeans learn from Americans? I: OECD Social Policy Studies No. 7. Health Care Systems in Transition. Paris: OECD, 1990.
 9. Whitehead M, Gustafsson RA, Diderichsen F. Why is Sweden rethinking its NHS style reforms? *BMJ* 1997; 315: 935 – 9.
 10. Diderichsen F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health Policy* 1995; 32: 141 – 53.
 11. Kristiansen IS, Mooney G. Remuneration of GP services: time for more explicit objectives? A review of the systems in five industrialised countries. *Health Policy* 1993; 24: 203 – 12.
 12. Kolstrup N, Kristiansen IS. Trivsel blandt læger i kommunale samfundsmedicinske stillinger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3481 – 6.
 13. Kristiansen IS, Clausen J, Christiansen T, Søgaard J. Determinants and consequences of technological change in health care: acute myocardial infarction. I: McClellan M, Kessler D, red. A global analysis of technological change. Minnesota: Minnesota University Press, 2000.
 14. Thelle DS. Nordiske helseforskjeller – politikk, livsstil og gener *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2018 – 22.
 15. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383 – 9.
 16. OECD Health Care 1999. Paris: OECD, 2000.
 17. Christiansen T. International vurdering af organisation og finansiering af det danske sundhedsvæsen. Odense: Odense Universitetsforlag, 2000.
 18. Samdata Sykehus. Rapport 1 – 98: Sykehussektoren. Trondheim: Sintef Unimed NIS, 1999.
-

Publisert: 30. juni 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.